

УДК 616.36-008.5-007.272-08-059

Тактичний алгоритм при обтураційній жовтяниці

П.Г. КОНДРАТЕНКО, М.В. КОНЬКОВА, М.Л. СМІРНОВ

Донецький національний медичний університет

TACTICAL ALGORITHM AT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

P.H. KONDRATENKO, M.V. KONKOVA, M.L. SMYRNOV

Donetsk National Medical University

Вивчено результати комплексного обстеження та лікування 208 пацієнтів із обтураційною жовтяницею різної етіології. В лікуванні хворих за показаннями використовували малотравматичні пункційні, ендоскопічні та лапароскопічні втручання, а також традиційні лапаротомні операції. Лікування хворих на обтураційну жовтяницю різної етіології доцільно проводити у декілька етапів. Етапність визначається причиною, що викликала біліарний блок, та ступенем печінкової і поліорганної недостатності.

The results of complex examination and treatment of 208 patients with obstructive jaundice of different etiology were studied. In treatment of these patients minitraumatic punctured, endoscopic and laparoscopic interventions as well as traditional laparotomic operations were used according to indications. Treatment of patients with obstructive jaundice of different etiology is advisable to perform in some stages. Staging is determined by cause of biliary block and degree of liver and polyorganic failure.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Обтураційна жовтяниця є небезпечним для життя ускладненням досить великої кількості захворювань панкреатобіліарної системи. Найчастіше лікарю у повсякденній практиці доводиться зустрічатися з порушенням прохідності жовчних шляхів на ґрунті холелітіазу, а також онкологічної патології підшлункової залози. Різна етіологія непрохідності жовчного тракту визначає різні тактичні підходи в лікуванні основного захворювання. Однак, у зв'язку з узагальненістю патологічних змін гомеостазу на ґрунті обтураційного холестазу, в більшості лікувальні заходи і тактика їх використання подібні.

Основною причиною загибелі пацієнтів з обтураційною жовтяницею є прогресуюча поліорганна недостатність на ґрунті інтоксикації. Тривалість жовтяниці та ступінь компенсації печінкової дисфункції зумовлюють швидкість розвитку інтоксикаційного синдрому поліорганної недостатності, а, відповідно, і необхідність використання різних оперативних та неоперативних лікувальних заходів, що буде визначати лікувальну тактику.

Мета роботи: створення тактичного алгоритму при обтураційній жовтяниці різної етіології.

Матеріали і методи. Вивчено результати комплексного обстеження та лікування 208 пацієнтів з обтураційною жовтяницею різної етіології, які перебували в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету протягом 2004-2008 рр.

У досліджуваній групі чоловіків було 62, жінок – 146. Вік хворих варіював від 24 до 87 років. Хворих госпіталізували в стаціонар в строки від 5 до 26 діб з моменту зовнішніх проявів жовтяниці. У комплекс обстеження були включені клінічне дослідження хворого, лабораторні біохімічні, сонографічні та ендоскопічні дослідження пацієнта.

У лікуванні хворих за показаннями використовували малотравматичні пункційні, ендоскопічні та лапароскопічні втручання, а також традиційні лапаротомні операції.

Результати досліджень та їх обговорення. Інструментальне обстеження пацієнтів у всіх випадках починали із сонографічного дослідження черевної порожнини. Основною ознакою, яка дозволяла встановити обтураційний характер жовтяниці, стало розширення загальної жовчної та печінкової проток більше 8 мм. У випадках, коли гепатикохоledох був меншого діаметра, обтураційна природа жовтяниці виключалася.

На підставі сонографії діагностовано такі стани, що були причиною розвитку міліарного блока: холедохолітіаз – 152 пацієнти, папілостеноз – 19 хворих, пухлина головки підшлункової залози – 37 пацієнтів. Серед пацієнтів із холедохолітіазом резидуальний або рецидивний холедохолітіаз відмічено у 34 хворих, холедохолітіаз у поєднанні з хронічним калькульозним холециститом – у 77 пацієнтів, холедохолітіаз у поєднанні з гострим калькульозним холециститом –

у 41 хворого, при цьому деструктивні форми гострого холециститу відмічено в 12 випадках.

Усім пацієнтам, які були госпіталізовані, протягом перших 24 год їх перебування в стаціонарі проводили комплексну консервативну терапію, виконували лабораторне дообстеження, здійснювали сонографічний моніторинг. При визначенні подальшої тактики лікування хворого враховували тривалість захворювання, показники білірубінемії, сонографічні дані.

У групі хворих, у яких при сонографічному дослідженні виявили розширення холедоха без будь-яких змін його отвору, а також без патологічних змін у головці підшлункової залози (очікуваний папілостеноз) і за відсутності запальних змін у жовчному міхурі, при рівні вмісту білірубину крові менше 100 мкмоль/л та незалежно від тривалості жовтяниці, виконували дуоденоскопію протягом перших 48 год із моменту госпіталізації. При візуальному підтвердженні змін великого сосочка дванадцятипалої кишки виконували ендоскопічні транспапільярні втручання (ЕХТВ) – ендоскопічна папілосфінктеротомія. В даній групі оперативне лікування мало одноетапний характер, використано в 13 хворих. При білірубінемії вище 100 мкмоль/л на першому етапі виконували зовнішнє жовчовідведення (холецисто- або холангіостомія) з подальшим проведенням ендоскопічної папілосфінктеротомії після стабілізації стану хворого і зниження ступеня поліорганної дисфункції. Подібне двоетапне лікування папілостенозу проводили 6 пацієнтам. Летальних випадків не було.

Серед пацієнтів із резидуальним або рецидивним холедохолітазом після виконаної раніше холецистектомії перевагу віддавали одноетапній лікувальній тактиці – ендоскопічна папілосфінктеротомія в перші 48 год з моменту госпіталізації хворого. У випадках, коли ЕХТВ були неефективними, то за екстремними показаннями проводили холедохолітотомію із зовнішнім дренажуванням холедоха. ЕХТВ виконані 30 хворим, лапаротомні втручання – 4 пацієнтам. Помер один хворий після лапаротомії.

Подібною є лікувальна тактика при хронічному та гострому катаральному холециститі у поєднанні з холедохолітазом. На першому етапі, у випадках коли рівень білірубінемії не перевищував 100 мкмоль/л незалежно від тривалості жовтяниці, виконували дуоденоскопію з папілосфінктеротомією і механічною літоекстракцією. Другим етапом після купірування проявів обтураційної жовтяниці виконували лапароскопічну холецистектомію. Подібна тактика використана в 74 хворих: 53 пацієнти з хронічним кальку-

льозним холециститом та 21 пацієнт із гострим катаральним калькульозним холециститом. У 8 хворих із гострим катаральним та у 24 пацієнтів із хронічним калькульозним холециститом тривалість жовтяниці складала більше 14 діб, рівень білірубінемії перевищував 100 мкмоль/л, мали місце ознаки поліорганної дисфункції, у зв'язку з чим використана трьохетапна лікувальна тактика. Першим етапом виконана зовнішня декомпресія міліарного тракту: 23 пацієнтам виконані діапевтичні втручання, 9 хворим – традиційні на зовнішня холецистостомія. Другий етап проводився після регресії проявів поліорганної дисфункції, виконували ЕХТВ із механічною літоекстракцією. Третім етапом проводили лапароскопічне видалення жовчного міхура.

При виявленні під час сонографії деструктивних змін у стінці жовчного міхура, незалежно від вмісту білірубину крові та тривалості жовтяниці, використовували трьохетапну лікувальну тактику, аналогічну до описаної вище. Першим етапом виконували міні-інвазивну або традиційну зовнішню холецистостомію, другим – ЕХТВ, третім – лапароскопічну холецистектомію. Подібна тактика була використана у 12 пацієнтів із гострим калькульозним холециститом.

У всіх спостереженнях при діагностованій пухлині головки підшлункової залози перевагу віддавали двоетапній лікувальній тактиці. На першому етапі виконували зовнішнє дренажування жовчних шляхів – пункційна холецисто- або холангіостомія або ендоскопічне назобілярне дренажування. Другий етап полягав у накладанні білідигестивного анастомозу. З урахуванням даної тактики проліковано 37 хворих. Померли 2 пацієнти.

Висновки. Лікування хворих на обтураційну жовтяницю різної етіології доцільно проводити у декілька етапів. Етапність визначається причиною, що викликала біліарний блок, та ступенем печінкової і поліорганної недостатності. Побічно судити про вираження печінкової недостатності можна за тривалістю зовнішніх проявів жовтяниці та рівнем білірубінемії. Одноетапне лікування можливе при папілостенозі і холедохолітазі після перенесеної раніше холецистектомії при тривалості жовтяниці менше 14 діб та вмісті білірубину менше 100 мкмоль/л.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення результатів лікування в два або три етапи у хворих на обтураційну жовтяницю після адекватної зовнішньої біліарної декомпресії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С., Дасаев И.А., Юрченко С.В. Выбор лечебной тактики при обтурационной желтухе и холангите // Материалы I Московского международного конгресса хирургов. – М., 1995. – С. 245-246.
2. Жилина Н.М., Ившин В.Г., Якунин А.Ю. Оценка эндотоксикоза у больных с опухолевой желтухой при декомпрессии

- желчных путей // Вестник новых медицинских технологий. – 2001. – № 1-2. – С. 57-60.

3. Козырев М.А. Лечение острой печеночной недостаточности при обтурационной желтухе // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 42-45.

4. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. Минимально инвазивная хирургия желчных путей. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.